FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

97

Année 1906 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 décembre 1906, à 1 heure

Par **DEZARNAULDS**

Ancien interne des hôpitaux de Paris

DE

L'EXTIRPATION DES GANGLIONS LOMBAIRES

DANS

LA CURE DU CANCER DU TESTICULE

Président : M. POIRIER, *professeur.*

Juges : MM. BERGER et POZZI, *professeurs.*
PROUST, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR DÉZARNAULDS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

J.-B.-B. DEZARNAULDS

A MON MAITRE

LE DOCTEUR PIERRE DELBET

A MES MAITRES DE L'INTERNAT

M. le Docteur CHASLIN, PIERRE DELBET, LEGUEU, M. le Docteur BEURNIER, Professeurs agrégés.

1903-1904. *Hospice de Bicêtre*

MM. les Professeurs agrégés J. L. FAURE et RIEFFEL

1904-1905. *Hôpital Trousseau*

MM. le Professeur agrégé PIERRE DELBET

1905-1906. *Hôpital Laënnec*

M. le Professeur POIRIER

M. le Professeur agrégé CUNÉO

1906-1907. *Hôpital Laribosière*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS BARIÉ, DE BEURMANN, BERGÉ, CHARPENTIÉ, DUPRÉ, GOURAUD, HAYEM, HERBET, LETULLE, LENORMAND, MAUCLAIRE, MILIAN, TALAMON, VOISIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POIRIER

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Historique.

Grâce aux efforts réitérés des chirurgiens, aux progrès incessants de la technique opératoire, aux travaux innombrables, portant sur l'anatomie pathologique des tumeurs, sur leur évolution, et leur propagation, si on n'est pas encore arrivé à trouver le sérum curateur ou le vaccin immunisateur, toute espérance n'est pas perdue, et on peut dire sans crainte, d'être taxé d'optimisme, on peut répéter que toute tumeur cancéreuse est guérissable à condition d'être opérée anatomiquement et d'une façon précoce. Notre maître, M. le professeur Poirier nous en a donné tous les jours la démonstration dans son beau service de Lariboisière.

Opérer anatomiquement et d'une façon précoce, voilà les deux conditions du succès, avons-nous dit; or, opérer anatomiquement c'est, non seulement enlever d'une façon large la tumeur, sans en laisser aucune por-

tion si petite soit-elle, mais encore d'enlever toute la chaîne ganglionnaire, tous ces ganglions où la tumeur dans sa marche envahissante fait halte, permettant ainsi au chirurgien habile et prévenu, de l'arrêter dans son évolution.

Opérer anatomiquement un cancer de la langue, ce sera extirper la tumeur et les ganglions sus-hyoïdiens, carotidiens, sans oublier le petit ganglion de l'omo-hyoïdien, non seulement du côté de la tumeur, mais encore du côté opposé.

Opérer anatomiquement un cancer du sein, c'est faire une dissection attentive de l'aisselle, c'est enlever toute cette masse graisseuse si développée si riche en lymphatique, qui comble le creux axillaire, qui remonte entre les pectoraux, qui file dans le creux sous-clavier.

Opérer anatomiquement un cancer du testicule ce sera faire la castration et l'exérèse des ganglions lombaires.

C'est de cette dernière opération dont nous devons nous occuper ici.

Kocher, le premier, en 1885, tenta d'extirper les ganglions lombaires envahis dans deux cas de cancer du testicule. Nous empruntons, à la thèse si documentée de notre collègue et ami Chevassu la traduction de ces deux observations, publiées dans la *Deutsche Chirurgie*, 1883, page 491.

« J'ai enlevé le 28 décembre par laparotomie, une

« tumeur du volume d'une tête d'adulte qui s'était très « rapidement développée à la suite d'un kystoma testis.» La tumeur du testicule était apparu un an après une orchite blennorrhagique, et elle datait de quatre ans, la tumeur de l'abdomen n'avait été remarquée que depuis quatorze jours, elle augmentait rapidement de volume. Cette dernière tumeur paraissait mobile, sa surface était irrégulière, elle occupait l'hypogastre, et était à peu près médiane. On porta le diagnostic de cancer des ganglions de la fosse iliaque, consécutifs à un cancer du testicule.

« L'opération fut difficile. On prolongea l'incision abdominale au-dessus de l'ombilic, on attira l'intestin hors de la cavité abdominale l'S illiaque étant étroitement appliqué sur la tumeur, et l'on dut traverser tout près de l'intestin, le feuillet médian du côlon iliaque, dans lequel la tumeur s'était développée jusqu'à la racine du mésentère : on dut lier de très nombreux et très volumineux vaisseaux. La tumeur adhérait intimement vers la racine du mésentère à la face antérieure de la colonne vertébrale. A ce niveau il se produisit une forte hémorragie, à la suite de la rupture de la ligature au catgut ; bien que l'intestin fût en dehors du ventre, on dut agrandir en toute hâte de plus de 8 centimètres, l'incision sus-ombilicale, ce qui permit de saisir et de lier à la soie une artère volumineuse. L'appendice très adhérent fut réséqué. On finit par pouvoir enlever la totalité de la tumeur ; en même

temps qu'elle on enleva, devant la colonne vertébrale, un autre petit ganglion. La castration termina l'opération.

Suites simples, dix-neuf jours plus tard, le malade quittait l'hôpital en parfait état. Il resta guéri pendant cinq jours. A ce moment, il présenta une nouvelle récidive abdominale, qu'on ne pouvait songer à extirper.

Nous ferons remarquer de suite, qu'il s'agissait beaucoup plus ici d'une exérèse de tumeur ganglionnaire de la fosse iliaque qu'une tumeur véritablement prévertébrale.

Voici la deuxième observation du même auteur :

« Le 14 janvier 1883, je tentai, pour la deuxième fois, « d'enlever un cancer ganglionnaire secondaire à un « cancer du testicule. La tumeur ne dépassait pas le « volume d'un œuf d'autruche et paraissait mobile ; « l'opération semblait très praticable, l'événement mon- « tra qu'elle n'était possible qu'après ligature de la « veine cave inférieure. »

La veine cave inférieure était, en effet, complètement aplatie par la tumeur, celle-ci lui était intimement unie par son flanc externe, car elle reposait dans une sorte de gouttière entre l'aorte et la veine cave ; la veine se trouvait réduite à un cordon qui fut incisé longitudinalement ; une ligature n'aboutit qu'à une hémostase incomplète ; on dut laisser à demeure une paire de grandes pinces dans la cavité abdominale. Toute la masse intes-

tinale avait été éviscérée et placée dans une compresse. Lavage au sublimé.

Le patient fut assez schocké, il mourut deux jours après l'opération, probablement d'hémorragie interne, pas d'autopsie.

En 1889, si l'on en croit Stenger, von Bergmann opéra deux malades pour des métastases au cours d'un cancer du testicule ; l'opération consista les deux fois à enlever les ganglions après ouverture du péritoine, opération suivie chuque fois de mort. Aucun autre détail.

En 1898 Most s'attaqua une fois à une métastase lombaire du cancer du testicule, mais il dut s'arrêter en route, la tumeur étant inextirpable.

Tuffier et son interne Guibal à la suite d'une erreur de diagnostic, tombèrent le ventre ouvert sur une masse inextirpable qu'ils avaient pris pour une tuberculose rénale et durent refermer le ventre.

Plus intéressantes sont les tentatives de Robert (1902) et de Grégoire (1905).

Voici la première opération dont nous empruntons le compte rendu à la thèse de Chevassu,et qui parut in *The Annales of Surgery*, octobre 1902, page 539-549 (2 fig.) sous le titre « Excision of the lumbar lymphatie nodes, and spermatic vein in malignant diseases of the testicle. »

« Il s'agissait d'un cancer du testicule, opéré une première fois par castration, et récidivé deux fois

de suite au niveau du moignon du cordon. Roberts, à la deuxième récidive, décida d'aller extirper les ganglions juxtaaortiques.

L'opération fut pratiquée le 16 octobre 1901. Incision médiane de l'ombilic au pubis, puis comme le jour était insuffisant en raison de l'épaisseur de la paroi, une deuxième incision, se dirigeant vers l'épine iliaque antéro-supérieure gauche fut branchée sur la première.

« Je sectionnai, continue Roberts, le péritoine devant l'aorte et j'enlevai le tissu adipeux situé devant la bifurcation aortique. Au milieu de la graisse, je trouvai plusieurs petits ganglions, qui, à l'œil nu, présentaient l'apparence normale. Longue fut l'extirpation au bistouri et aux ciseaux de ce tissu cellulo-graisseux préaortique ; le malade était très gras et j'opérai dans un puits. Je m'arrêtai lorsque j'eus dénudé la face antérieure de l'aorte depuis sa bifurcation jusqu'à 2 pouces au-dessus. L'ablation de la tumeur de l'aine compléta l'opération.

« Les premiers jours, le malade présenta des signes d'obstruction intestinale. Au bout d'une semaine, tout semblait aller bien, quand une suppuration apparut, qui nécessita une longue désunion de la ligne opératoire. Deux semaines plus tard il produisait une fistule stercorale. On chercha à remédier à cette fistule au moyen d'une entérorraphie circulaire, mais le malade mourait de péritonite quarante-huit heures après cette

dernière intervention. C'était le 8 décembre — je dois ajouter que quatre ganglions lombaires avaient été extirpés et paraissaient normaux, ils furent examinés, deux étaient sains, les deux autres présentaient un début d'infiltration néoplasique.

Dans l'observation de Grégoire (Thèse de Chevassu observ. 51), il s'agit d'un malade de 33 ans, porteur d'une tumeur du testicule droit ayant débuté il y huit mois ; accroissement progressif. Tumeur piriforme du volume d'une orange, indolente, dure en haut plus molle en bas. Pas de pincement de la vaginale. Pas de varicocèle. On ne sent rien dans le ventre mais depuis huit jours douleur testiculaire assez vives. Léger amaigrissement.

Castration le 20 avril 1905, puis incision abdominale latérale pour la recherche des ganglions lombaires ; on arrive sur une masse volumineuse adhérente à la veine cave, un seul ganglion put être enlever à la partie inférieure.

A l'examen macroscopique, hydrocèle assez abondante (s'était développée rapidement dans les derniers jours).

Le testicule a sextuplé de volume et est légèrement bosselé. L'épididyme occupe sa place normale ; il est un peu gros et dur vers la tête.

A l'examen microscopique (pratiqué par Chevassu) épithélioma séminal. Les cellules caractéristiques forment des lobes énormes, séparés les uns des autres par

des travées conjonctives denses et assez épaisses. Mais, dans l'intérieur des lobes, c'est à peine si l'on rencontre quelques fines ramifications conjonctives, et il existe des centaines de cellules néoplasiques qui sont pressées les unes contre les autres sans interposition d'aucun élément étranger. L'examen du ganglion, qui présentait le volume d'une petite noix, montre très nettement un envahissement par les grosses cellules de l'épithélioma séminal. Certains sinus sous-capsulaires sont gorgés de cellules caractéristiques, en quelques points la structure du ganglion a même complètement disparu ; ailleurs, l'infiltration commence seulement, beaucoup de points du ganglion ne présentent encore aucun envahissement néoplasique. Les suites furent médiocres, le 9 novembre 1905, six mois et demi après la castration, on sent une masse assez volumineuse dans la région lombaire; le malade se sent mieux qu'avant la castration et légèrement engraissé.

En résumé, on voit par ce rapide aperçu que l'explication systématique des ganglions lombaires est une opération dont on ne trouve que quelques rares observations, et encore dans la plupart des cas a-t-on agi sur des masses trop volumineuses ayant amené des troubles; il n'y a pas à proprement parler, sauf les cas de Roberts et de Grégoire, d'opération systématique.

La question en était restée là, lorsque, au mois d'avril 1906, M. le professeur agréé Cunéo dans le service

de notre maître, M. le professeur Poirier, fit le premier en France l'extirpation systématique d'un cancer du testicule gauche et de ses voies lymphatiques par un procédé nouveau.

C'est cette observation qui fait l'objet de notre thèse. Qu'il nous soit permis ici de remercier M. Cunéo, qui fut pour nous non seulement un maître mais encore un ami, nous lui devons beaucoup et nous sommes heureux de pouvoir lui offrir ici un faible témoignage de notre reconnaissance.

CHAPITRE II

Considérations anatomiques sur les voies lymphatiques du testicule.

L'origine des lymphatiques du testicule, leurs dispositions dans l'intérieur de la glande, sont mal connues.

Qu'ils naissent seulement sous forme d'un réseau lymphatique péri-testiculaire, serpentant à la face profonde de l'albuginée, comme chez le lapin, ou bien à la fois dans le corps d'Highmore et sous l'albuginée comme chez le chien, ou bien, comme chez le bélier, par de véritables réseaux intralobulaires, péritubulaires, il nous importe peu ici ; ce qui doit retenir notre attention c'est leur trajet hors du testicule, les dispositions des ganglions auxquels ils se rendent.

S'unissant aux lymphatiques de l'épididyme et du feuillet vicéral de la vaginale, ils montent vers la région lombaire, le long du cordon spermatique, de nombre variable, quatre à huit d'après Poirier et Cunéo ; ils sont

superficiels, appliqués immédiatement contre les vaisseaux sanguins.

Ils montent ainsi, accompagnant l'artère spermatique, traverse avec elle la région iliaque, montant sur le psoas iliaque, vers le pédicule rénal.

Mais arrivés dans la région lombaire, ils abandonnent l'artère, qui continue sa route vers l'aorte ou la rénale, suivant le côté, décrivant une courbe brusque, se coudant à angle droit, pour se jeter dans ces ganglions, situés au-devant de la colonne vertébrale, au-devant de la partie inférieure des piliers du diaphragme, au-devant de l'aorte entre elle et la veine cave.

Les troncs venus du testicule droit se terminent dans les ganglions juxta-aortiques droits. Le plus inférieur, situé immédiatement au-dessus de la bifurcation de la veine cave, reçoit constamment (Poirier et Cunéo) un ou deux troncs afférents. Dans un tiers des cas, toujours d'après les mêmes auteurs, un ou deux de ces lymphatiques vont se jeter dans un des ganglions pré-aortiques.

Les troncs du côté gauche se jettent dans trois ou quatre ganglions du groupe juxta-aortique gauche, se logeant en dessous des vaisseaux rénaux. Quelques-uns d'entre eux ne s'arrêtent pas là et atteignent directement les ganglions pré-aortiques.

D'après Most, ces ganglions seraient placés sur un plan un peu plus élevé que ceux qui reçoivent les troncs annexes du testicule droit. Ils nous ont paru plus superficiels également situés dans la graisse rétro-péri-

tonéale, venant avec le péritoine comme l'uretère.

Nous voyons donc, que le chirurgien qui opère dans cette région évolue dans une zone dangereuse superficiellement, il lui faut éviter de blesser l'intestin, il est tout près de la racine du mésentère et de la grosse artère mésentérique supérieure près également de la mésentérique inférieure, les ganglions les plus inférieurs y touchent.

Profondément et sur les côtes, c'est l'aorte à gauche, la veine cave à droite, et nous avons vu dans notre historique, que souvent les ganglions comprimaient la veine cave, y adhéraient intimement.

Plus profondément encore, c'est la chaîne sympathique, située plus en dehors, latéro-vertébral, sur un plan plus inférieur au niveau des arcades d'insertions du psoas.

A gauche, c'est le côté sur lequel nous avons opéré, les dangers paraissent cependant moins grands, les ganglions nous ont apparu superficiels, dans la graisse rétro-péritonéale, venant avec la séreuse et permettant ainsi avec un peu d'attention d'éviter de blesser les organes plus profonds.

Mais ces ganglions ne sont pas les seuls où se rendent les lymphatiques du testicule Zeissl et Horowitz (*Wiener klinische Wochenschrift*) 1890, page 388 et *Wiener medicinische Presse*, XXXVIII, p. 761) ont décrit comme constant un vaisseau qu'ils obtenaient en piquant la face interne du testicule, ce vaisseau, d'abord

satellite du canal déférent, l'abandonnait ensuite pour aller se jeter dans un des ganglions de la chaîne iliaque externe. Cuneo l'a injecté sur plusieurs sujets et l'a vu aboutir à un ganglion placé sur la veine iliaque externe immédiatement en avant du point où cette veine est croisée par l'uretère.

De plus, Cunéo, sur un fœtus à terme, a constaté l'existence de trois petits ganglions placés sur le trajet des lymphatiques du testicule au cours de leur passage dans la fosse iliaque. Cette disposition rare, nous l'avons rencontrée lors de notre intervention.

CHAPITRE III

Voies d'abord. Manuel opératoire.

En opérant anatomiquement un néoplasme du testicule, on se propose deux choses : 1° enlever la tumeur ; 2° enlever ses voies lymphatiques et leurs ganglions.

Pour aborder ces ganglions, deux voies sont ouvertes au chirurgien, la voie médiane transpéritonéale, la voie latérale extra-péritonéale.

La première nécessite une longue incision remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde, puisque les ganglions sont situés au niveau et au-dessus de l'ombilic ; le péritoine ouvert, il faut récliner l'intestin, le côlon, chose difficile, parfois, en abordant de front l'obstacle, le danger, on risque de blesser les gros vaisseaux de l'intestin, les vaisseaux iliaques en particulier. Il suffit de lire les deux observations de Kocher pour voir les difficultés que rencontre le chirurgien, opérant au fond d'un puits, dans une région dangereuse, gêné par l'in-

testin, voyant mal et se rendant mal compte de ce qu'il fait.

Secondairement, il faut redescendre vers les bourses pour enlever la tumeur, et si on veut poursuivre le cordon, il faut de nouveau balafrer l'abdomen, l'opération est longue, laborieuse, dangereuse.

De plus, comment peut-on bien se rendre compte de l'état complet des voies lymphatiques, comment enlever ces pétits ganglions iliaques, qui existent souvent, en particulier dans notre cas. Par cette voie on fait une opération incomplète. C'est un reproche de plus à lui faire.

En un mot cette voie est dangereuse, rend l'opération pénible et incomplète, elle doit absolument être rejetée.

La voie d'abord est extra-péritonéale, elle se fera par une incision latérale.

Chevassu qui l'a expérimentée sur le cadavre propose le procédé suivant (Chevassu. *Tumeurs du testicule,* 1906, page 155).

« L'incision part du canal inguinal, dit-il, se porte rapidement en dehors, se recourbe en haut au niveau de l'épine iliaque antérosupérieure, monte de là, verticale, jusqu'aux fausses côtes, pour se terminer vers l'appendice xiphoïde après avoir longé le rebord thoracique. Cette incision donne un jour considérable sur la région latéro-vértébrale, à condition que l'on place le sujet dans la position dorso-latérale cambrée. On incisera

jusqu'au péritoine et on décollera ce péritoine progressivement, en se portant vers la colonne lombaire, maintenu par son sac péritonéal l'intestin se laisse écarter beaucoup plus facilement. On sera conduit ainsi jusqu'à la ligne médiane, sans avoir eu à se préoccuper des vaisseaux intestinaux : toute la région opératoire, vaisseaux spermatiques et ganglions lombaires jusqu'au hile du rein, se trouvent alors sous les yeux de l'opérateur.

« Les ganglions aboutissant des lymphatiques du testicule peuvent être à peine appréciables, comme le sont les ganglions axillaires dans le cancer du sein, cependant qu'ils contiennent déjà de la graine de néoplasme ; il ne faudra donc pas enlever seulement les ganglions qu'on sentira, il faudra faire un véritable curage de la région ganglionnaire, c'est-à-dire disséquer la zone latéro-aortique gauche et la face antérieure de l'aorte ce qui est relativement facile, ou la face antérieure de la veine cave ce qui est beaucoup plus délicat depuis leur bifurcation jusqu'au bord inférieur du duodénum au moins, mieux jusqu'au hile rénal. »

Tel est le procédé indiqué par Chevassu, c'est cette voie que M. le Dr Cunéo a également suivie avec de nombreuses modifications ainsi que nous le dirons tout à l'heure.

Cette voie présente les avantages suivants :

1° On peut enlever en masse la tumeur et sa chaîne ganglionnaire complète, poursuivre le canal déférent

aussi loin que possible, l'artère spermatique jusqu'à son origine.

Cette ouverture du canal inguinal a son importance puisque Villar et son élève Salabert ont rencontré trois fois dans le canal inguinal ou immédiatement derrière, sur le trajet du cordon, des ganglions envahis.

Elle permet de faire également, comme Mauclaire le propose, l'extirpation du déférent jusqu'à la vésicule séminale.

2° Elle permet d'éviter de blesser l'intestin, qui se recline aisément ; on n'opère plus dans un puits, les organes se présentent facilement aux yeux de l'opérateur, et on est surpris de voir le jour donné par cette incision, la facilité avec laquelle on évolue dans cette région dangereuse.

En résumé, l'hésitation n'est pas possible, le seul procédé, la seule voie pour aborder les ganglions lombaires, pour enlever en masse la tumeur et ses ganglions, c'est l'incision latérale, la voie extra-péritonéale.

On lui a reproché d'exposer à l'éventration. Ce reproche nous paraît exagéré surtout avec l'incision et le procédé que nous employons, car le canal inguinal ouvert, nous le renfermons comme dans l'opération de la hernie par le Bassini ; notre incision très latérale, rasant la crête iliaque, est moins dangereuse pour l'éventration future, qu'une incision médiane ou paramédiane.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La voie péritonéale, par une incision latérale, nous paraît donc la meilleure, la plus sûre, la plus satisfaisante, permettant d'enlever en bloc toutes les lésions. C'est elle, par conséquent, que l'on devra toujours suivre pour opérer anatomiquement, c'est-à-dire d'une façon vraiment utile, le cancer du testicule.

Aussi, exposerons-nous en détail, la technique suivie par notre maître B. Cunéo.

En résumé, il s'agit d'enlever en bloc, la tumeur et son pédicule, canal déférent, vaisseaux spermatiques avec les voies lymphatiques et les ganglions lombaires.

Le manuel opératoire comprendra deux temps principaux : 1° le temps pré-opératoire, préparatoire à l'opération ; 2° l'opération proprement dite.

Le temps pré-opératoire est très important ; on opère en effet, sur une région septique. Les bourses sont

des parties du corps difficiles à désinfecter, le voisinage de la verge et de l'anus, les applications de pommade sur la tumeur l'expliquent aisément. Il faudra donc tout d'abord assurer une asepsie aussi complète que possible de la région. Le malade sera purgé plusieurs fois, si besoin est, les jours précédents de l'opération ; les bourses, la peau de l'abdomen seront lavées, savonnées avec soin et recouvertes d'un pansement sec aseptique, au moins dans les jours précédant l'opération. Ces préparatifs, nous ne craignons pas de le dire, ont une importance de premier ordre, car en partie d'eux dépend le succès opératoire ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Le malade endormi au chloroforme ou à l'éther sera couché sur le flanc opposé ; un coussin, le maintenant dans cette position, un autre coussin sera glissé sous l'échancrure iliaque, de telle façon à faire saillir la région sur laquelle on opère.

La position dorso-latérale cambrée telle que la décrit Grégoire dans sa thèse sur *Le traitement du cancer du rein* peut rendre service.

L'incision commence au niveau des bourses, remonte le long du cordon, gagne le canal inguinal, aborde la fosse iliaque interne parallèle à la crête iliaque, puis contournant le flanc remonte vers la face lombaire où elle se termine à une distance venant de la douzième côte à 2 centimètres environ ; on peut la faire remonter plus haut vers la douzième côte.

Par conséquent nous diviserons l'opération en plusieurs temps :

1° Extirpation de la tumeur testiculaire.

2° Ouverture large du canal inguinal avec traitement des différents éléments du cordon.

3° Ouverture de la fosse iliaque et lombaire. Décollement du péritoine, refoulement de l'intestin. On aperçoit alors toute la fosse iliaque, le petit bassin, la région lombaire, l'uretère et le rein.

4° Dissection des ganglions lombaires.

5° Ligature de l'artère spermatique, section du canal déférent, vérification des voies lymphatiques et ganglions interrupteurs ; on enlève en masse la tumeur et ses voies lymphatiques.

6° Suture.

7° Extirpation de la tumeur testiculaire.

Comme le dit si bien Chevassu dans sa thèse, on doit appliquer ici les principes de la chirurgie cancéreuse de façon à éviter les inoculations opératoires quoiqu'il faut bien le dire la tumeur étant encapsulée par l'albuginée les chances d'inoculation sont moins grandes, mais cependant dans les cas (comme le nôtre) où on a fait une incision exploratrice les précautions habituelles ne sont pas inutiles.

On devra donc traumatiser le moins possible la tumeur, éviter autant que possible l'écoulement du sang, enfin prendre toutes les précautions antiseptiques et aseptiques, ordinaires c'est-à-dire « isoler le néoplasme

du mieux possible, écarter tout instrument, rejeter immédiatement toute compresse qui se sera trouvée en contact avec le cancer, laver enfin sérieusement les mains qui pourraient porter ailleurs les germes néoplasiques » (Chevassu).

Donc, après incision des téguments, on isolera facilement le testicule et le cordon, on ouvre la cavité vaginale pour examiner le testicule de façon à vérifier le diagnostic, puis on l'isole définitivement, on passe alors au temps suivant : l'ouverture du canal inguinal.

2° D'un coup de bistouri on fend l'aponévrose du grand oblique, que l'on repère avec deux pinces ; puis un peu plus haut le petit oblique et le transverse ; on dissèque avec soin les veines, le cordon liant avec soin les paquets veineux, on cherche les ganglions rétro-funiculaires, et on passe au troisième temps.

3° La peau incisée passant à 1 cm. 1/2 environ de la crête iliaque, remontant l'incision jusqu'à la fosse lombaire, on incise le grand oblique, le petit oblique et le transverse et on tombe sur le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Ce temps opératoire est simple, mais on doit éviter de sectionner les nerfs abdomino-génitaux.

Faisant écarter les lèvres de la plaie avec une grande compresse, on décolle le péritoine, refoulant l'intestin vers la ligne médiane, ce qui se fait très facilement et on isole complètement par des compresses son champ opératoire.

On aperçoit alors la fosse iliaque, le petit bassin, la fosse lombaire ; l'uretère entraîné avec le péritoine est caché sous les compresses à la partie inférieure de l'incision ; on peut aisément poursuivre le déférent jusqu'aux vésicules séminales, apercevoir la grosse artère rénale, l'aorte, parce que nous opérons à gauche, et c'est à ce moment que nous allons procéder à l'extirpation des ganglions.

4° Cette dissection fut très facile dans notre cas. Notre malade présentait : gros ganglion, hypertrophie kystique, adhérant au péritoine, venant avec lui, n'adhérent pas au plan profond. Par conséquent aucune crainte de blesser l'aorte ; le sympathique est plus interne et plus profond.

Ce fut un jeu dans notre cas pour enlever ce ganglion et un de ses voisins hypertrophiés.

5° Ceci fait, liant la spermatique à ras l'artère rénale, nous le disséquâmes, l'enlevant avec toute sa gaine cellulaire jusqu'au canal inguinal, enlevant en même temps deux petits ganglions hypertrophiés le long de son trajet dans la fosse iliaque. Nous liâmes le déférent et nous extirpâmes en masse la tumeur et son pédicule.

6° L'intestin fut remis en place avec le péritoine, et la paroi abdominale fut suturée en trois plans : 1° plan à points séparés au catgut n° 2 sur les muscles. Au niveau du canal inguinal nous mîmes quelques points profonds, faisant ainsi un véritable Bassini ; 2° plan sur l'aponé-

vrose ; enfin nous suturâmes la peau au crin de Florence laissant deux petits drains, l'un plongeant vers la fosse lombaire, l'autre vers la fosse iliaque et s'ouvrant tous deux au niveau de la partie moyenne. Incision.

Le drainage s'expliquait par ce fait que le ganglion kystique, renfermant un liquide d'aspect purulent, s'était ouvert pendant l'opération.

Pansement.

Les suites opératoires furent excellentes, malgré l'insubordination du malade ; on enleva les fils le dixième jour, et il se leva le vingtième avec une paroi solide.

Revu deux mois après il ne présentait pas trace d'éventration, pas trace de récidive, sa santé était parfaite et il avait engraissé.

Telle est d'une façon un peu schématique la description des différents temps opératoires, que nous avons séparés à dessein, de façon à rendre plus facile leur compréhension.

Il est bien entendu, que l'on trace d'un seul coup de bistouri l'incision, quitte à revenir après sur chaque point en particulier.

Nous pouvons donc dire que cette opération, il est vrai, faite par un chirurgien habile et exercé, nous a semblé facile ; la lumière donnée par l'incision étant très grande, le chirurgien était très à son aise pour opérer sur une si grande étendue.

Un fait surtout nous a frappé : c'est le peu d'adhéren-

ces au plan profond des ganglions, ceux-ci viennent avec le péritoine comme l'uretère. Donc nulle crainte de blesser l'aorte et les organes profonds. On nous objectera que nous opérions sur un cas favorable, où la masse ganglionnaire était peu développée, sur un cas au début. Mais nous répondrons facilement que dans la majorité des cas il en est ainsi ; et que les grosses masses adhérentes ne se voient que dans les récidives ou dans les cas anciens, par conséquent faisons des diagnostics précoces, des opérations larges et nous aurons des cas faciles.

On nous objectera également que nous opérions du côté gauche, et qu'à droite les difficultés seraient plus grandes (présence du cæcum, se laissant moins facilement décoller que l'S iliaque, présence de la veine cave).

Nous avons expérimenté de ce côté sur le cadavre et l'opération nous a paru aussi facile qu'à gauche.

Notre incision expose à l'éventration.

Notre malade malgré un peu de suppuration superficielle il est vrai, malgré son insubordination (il se leva le deuxième jour de son opération, était continuellement assis), revu trois mois après il ne présentait aucune trace d'éventration. Avec une bonne ceinture, une asepsie soignée (et c'est ici qu'interviennent les soins pré-opératoires), on peut l'éviter aisément.

Donc, en résumé, opérer largement, précocement, et on obtiendra de bons résultats, on guérira son malade, pour longtemps sinon pour toujours.

OBSERVATION

X..., 26 ans, horloger, d'origine italienne, entre le 7 août 1906, salle Chassaignac, dans le service du professeur Poirier à l'hôpital Laribosière, pour une tumeur siégeant au niveau du testicule gauche.

Dans ses antécédents, on relève simplement une orchite gauche survenue il y a six ans, à la suite d'une blennorrhagie.

Le malade nie avec énergie avoir eu la syphilis, quoiqu'il y a quatre ans, il a présenté des symptômes nerveux pour lesquels on lui a fait des piqûres de sels mercuriels, symptômes qui ont depuis disparu.

Il y a un an le testicule a commencé à grossir très régulièrement sans être douloureux. Les piqûres de sels mercuriels qui lui ont été faites à ce moment n'ont eu aucune influence sur le développement de la tumeur.

En même temps le malade dépérissait, il aurait perdu de 7 à 8 kilos.

C'était un homme de taille moyenne, de constitution peu robuste, maigre.

A l'examen de la partie malade, on note du côté des bourses quelques varicosités sans importance, la peau est normale, glissant librement sur la tumeur. Celle-ci, du volume du poing, paraît être d'un poids assez grand lorsqu'on la soulève, peu douloureuse au palper. A la palpation, on distingue une masse dure, avec des points fluctuants, dans laquelle il est impossible de distinguer nettement l'épididyme et le testicule. Elle est nullement transparente. Le cordon déférent paraît normal.

L'autre testicule est petit, atrophié, le toucher rectal ne donne aucun renseignement. Le palper de la fosse lombaire est négatif. Rien au poumon, rien au cœur, ni sucre ni albumine dans les urines.

On fait le diagnostic de pachyvaginalite et on opère le malade le 11 avril 1906. On tombe sur une vaginale saine ne renfermant pas de liquide. Le testicule est gros; lourd, une incision exploratrice permet d'y déceler des parties solides et des parties ramollies, des kystes renfermant un liquide clair ou un liquide hématique; suivant les endroits, on pense à une tumeur du testicule et on referme la plaie.

Nouvelle opération le 26 août 1906. M. le Dr B. Cunéo aide M. Dezarnaulds. — Anesthésie chloroformique.

Incision commençant au niveau du scrotum, remontant le long du canal inguinal, suivant la fosse iliaque à 1 centimètre en dedans de la crête, se dirigeant vers la fosse lombaire, s'arrêtant à 2 ou 3 centimètres de la douzième côte.

On enlève la tumeur testiculaire, on dissèque le cordon et, décollant le péritoine pariétal que l'on récline à droite, on suit l'artère spermatique qui amène sur les ganglions. Ceux-ci sont hypertrophiés, ils sont adhérents au péritoine, on les dissèque et on les enlève.

Ligature de l'artère spermatique à ras la rénale ; on enlève quelques gros ganglions iliaques. Sutures par drainage.

Les suites opératoires furent bonnes malgré l'indiscipline du malade, qui se levait et s'agitait beaucoup, arrachait son pansement. Quelques points superficiels suppurèrent à la partie moyenne.

Le malade sort guéri le 11 septembre.

Sa paroi abdominale paraît solide, sa cicatrice est superbe.

Revu trois mois après, en excellent état.

L'examen histologique de la tumeur fut pratiqué par notre collègue Broc, interne de M. Brault. Celui des ganglions fut fait par notre maître B. Cunéo. Il porta sur les ganglions lombaires et les ganglions iliaques enlevés.

La tumeur appartenait au type des embryomes, c'était une tumeur mixte, avec prédominance des éléments

cartilagineux, présentant également des kystes épithéliaux.

A un faible grossissement 2 Nachet, le fragment de tumeur examinée paraît essentiellement formé par un stroma fibreux contenant des amas cartilagineux, des formations épithéliales et des îlots de tissu myxœdémateux.

Ce tissu cartilagineux montre une substance fondamentale présentant les caractères histo-chimiques habituels, les éléments cellulaires sont très nombreux, très rapprochés les uns des autres, et une même capsule renferme souvent plusieurs éléments cellulaires, indice d'une reproduction très active.

Les formations épithéliales se présentent sous deux aspects différents : ou bien sous forme d'amas pleins, ou bien de cavités kystiques de dimensions variables, tapissées par un épithélium présentant des altérations considérables dues à la mauvaise fixation de la pièce.

Dans ces points où il n'est pas trop altéré, il paraît formé de cellules basses cubiques ; avec un noyau très volumineux et un corps protoplasmique de grande dimension.

Certaines des cavités sont remplies par une masse granuleuse. Les amas pleins plus rares, sont formés de cellules volumineuses avec un protoplasma granuleux et un noyau assez facilement coloré. Le stroma

est constitué par du tissu conjonctif adulte, infiltré en certains endroits par du tissu embryonnaire.

Ganglions. — On a examiné deux glanglions lombaires, un nodule ganglionnaire interrupteur et un ganglion iliaque un des ganglions lombaires est sain, simplement hypertrophié.

L'autre est kystique, renfermant une matière puriforme ; on a examiné un fragment étendu de la cavité kystique. Avec faible grossissement, la paroi du kyste apparaît comme une bande très colorée, fortement repliée sur elle-même.

L'épaisseur en est très irrégulière. En certains points elle forme des bourgeons faisant saillie dans l'intérieur de la cavité ; celle-ci contient un détritus granuleux, coloré en rose clair par l'éosine. Au fort grossissement, on constate que la paroi de cette cavité est constituée par un tissu fibreux, dont les fibres sont disposées parallèlement à la cavité du kyste. En certains endroits et notamment au niveau des points où l'épaisseur est augmentée, le tissu est infiltré de nombreux éléments lymphoïdes. Le revêtement épithélial est détruit sur presque toute l'étendue de la paroi, ce n'est qu'en quelques points que l'on trouve quelques cellules basses cubiques, rappelant par leur aspect les cellules des grosses cavités kystiques de la tumeur du testicule.

Le ganglion interrupteur et le ganglion iliaque sont hypertophiés mais sains.

CONCLUSIONS

1° Le traitement de choix du cancer du testicule quelle que soit sa forme, doit être l'extirpation de la tumeur (la castration) et de la chaîne ganglionnaire, extirpation systématique et précoce.

2° Deux procédés peuvent être proposés : la voie transpéritonéale par une laparotomie médiane, la voie extra-péritonéale par une incision latérale.

La première expose à la blessure de l'intestin et de ses gros vaisseaux, elle ne donne aucun jour, elle ne permet pas d'enlever en bloc la tumeur et ses ganglions, elle ne permet pas l'ouverture du canal inguinal, ouverture indispensable, pour une cure complète, ne permet pas l'abord des ganglions interrupteurs placés dans la région iliaque, c'est donc une mauvaise opération; cette voie doit être rejetée.

La seconde, au contraire, donne un jour immense sur la région ; elle permet l'extirpation en bloc de la

tumeur et de la chaîne, depuis les bourses jusqu'au pédicule rénal. C'est la voie de prédilection, procédé employé pour la première fois en France, par le professeur agrégé B. Cunéo, le 20 août 1906.

Ce procédé consiste à extirper en bloc la tumeur, à ouvrir le canal inguinal, à prolonger l'incision vers le haut parallèlement à la fosse iliaque, s'arrêtant en arrière dans la fosse lombaire, à 1 cm. 1/2 de la douzième côte. Le péritoine décollé, on a un jour immense sur la fosse iliaque, la région lombaire, le pédicule rénal et les gros vaisseaux, et il est facile d'enlever toute la chaîne ganglionnaire ; d'autant plus, surtout à gauche, que les ganglions viennent comme l'uretère avec le péritoine.

Vu : le Président de la thèse,
POIRIER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

I. — Anatomie.

Poirier et Cunéo. — Article *Lymphatiques* in Traité d'Anatomie humaine de Poirier, t. II, p. 1197.

Regaud. — *Thèse de Lyon*, 1897.

Gerster. — Ueber die Lymphagefæsse des Hodens, *Zeitsch. f. Anat. u. Entwickelung*, t. II, 1876.

Zeissl u. Horowitz. — *Wiener klinische Wochenschr.*, 1890, p. 388 et *Wiener medicinische Presse*, XXX, t. III, p. 761.

Most. — Ueber die Lymphgefæsse ü. Lymphchüsen des Hodens. *Arch. f. Anat. u. Phys*, 1899, p. 113, avec une figure.

Cunéo. — Note sur les Lymphatiques du testicule. *Bull. Société Anat.*, février 1901.

II. — Chirurgie.

Chevassu. — *Thèse de Paris*, 1901. Tumeurs du testicule.

Grégoire. — Observation in Thèse Chevassu, p. 182. n° 51.

— Contribution au traitement du cancer du rein chez l'adulte, *Thèse Paris*, 2 mars 1905, n. 199.

Guibal. — Lymphadénomes des ganglions lombaires pris pour une tuberculose du rein gauche et consécutifs à un lymphadénome du testicule. *Société Anatomique de Paris*, janvier 1903, page 117-119.

Kocher. — *Deutsche Clinique*, 1883, page 491.

Mauclaire. — Ablation d'un épithélioma du testicule avec toute la gaine des vaisseaux spermatiques. *Tribune médicale*, 17 juin 1905, page 373-375.

Most. — Ueber maligne Modengeschwülste und ihre Metastasen-Wirchow's Archiv. vol. 154, 1890, pages 138-177.

Roberts. — Excision of the lumbar lymphalic nodes and spermatic vein in malignant diseases of the testicle. *Annals of Surgerg*, octobre 1902, pages 539-549.

Villar. — Méthode rationnelle pour pratiquer la castration dans les tumeurs malignes du testicule. *Journal de Médecine de Bordeaux*, février 1902, pages 103-105, p. 117-118.

— Méthode rationnelle de castration dans les tumeurs malignes du testicule. *Congrès français de chirurgie*, 25 octobre 1902, page 714-729, 3 fig.

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, Rue Monsieur-le-Prince, Paris.

DES TENSIONS
INTRA-GASTRIQUE ET INTRA-INTESTINALE
ET
DE L'AEROPHAGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	**MM**
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BEZANÇON	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBÉ	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.